

**PROGRAMA DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS Y ASALTO SEXUAL**  
Departamento de Salud y Servicios Humanos

**SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN Y REEMPLAZO DE PROPIEDAD**

1) Nombre de la \_\_\_\_\_ 2) Seguro Social \_\_\_\_\_  
víctima Apellido Primer nombre Inicial del 2o. nombre

3) Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

4) Fecha de Nacimiento de la Víctima: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 5) Sexo: Masc \_\_\_\_\_ Fem \_\_\_\_\_

6) Identificación Étnica/Raza \_\_\_ Negro (No de origen Hispano) \_\_\_ Indio Americano, Nativo de Alaska  
\_\_\_ Hispano \_\_\_ Asiático o Islas del Pacífico  
\_\_\_ Blanco (No de origen Hispano) \_\_\_ Otro

7) Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_  
(si la víctima es menor de edad o difunta) Apellido Primer nombre Inicial del 2o. nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CRIMEN**

- a. Fecha del crimen \_\_\_\_\_
- b. Tipo de crimen \_\_\_\_\_
- c. Fecha en que se reportó a la policía \_\_\_\_\_
- d. Nombre del Departamento de Policía \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número del reporte

**EMPLEO**

Empleo actual: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/número de teléfono: \_\_\_\_\_

**SI ESTA DESEMPLEADO**

Empleo más reciente: \_\_\_\_\_

Dirección del empleo: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/número de teléfono: \_\_\_\_\_

Descripción del incidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si necesita más espacio continúe en la última página

**INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO**

Gastos Médicos

\$ \_\_\_\_\_  
Explicación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valor de la propiedad robada o dañada \$ \_\_\_\_\_  
Explicación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Costo de reparación \$ \_\_\_\_\_  
Explicación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Salarios no recibidos  
\$ \_\_\_\_\_  
Explicación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cantidad reembolsada o pagada hasta la fecha  
\$ \_\_\_\_\_  
Fuente de pago: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro, Empleador, etc.

**CANTIDAD TOTAL DEL RECLAMO**

\$ \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

|                        |                             |                              |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ingreso total familiar | Anual \$ _____              | o mensual \$ _____           |
| Fuentes:               | Salarios _____              | Asistencia Pública _____     |
|                        | Retiro _____                | Asistencia del Cónyuge _____ |
|                        | Seguro Social _____         | Manutención Infantil _____   |
|                        | Seguro de Incapacidad _____ | Otro _____                   |

**DEPENDIENTES**

| Nombres | Parentesco | Edades |
|---------|------------|--------|
| _____   | _____      | _____  |
| _____   | _____      | _____  |
| _____   | _____      | _____  |
| _____   | _____      | _____  |

**DECLARACIÓN**

Por la presente certifico que la compensación o reemplazo de la propiedad solicitada no es disponible por medio de ninguna otra fuente, tal como seguro u otro programa de asistencia. Tengo entendido que toda recuperación de mis pérdidas a través de una acción legal (Restitución o Acción Civil) por las cuales haya recibido compensación deberá ser reembolsada al Condado de Montgomery. Declaro que la información provista y las declaraciones hechas al Programa de Asistencia a Víctimas y Asalto Sexual son verdaderas y basadas en mi conocimiento personal.

Firma del reclamante\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Si la persona que hace el reclamo es menor de edad, el reclamo debe ser firmado por uno de los padres, o guardián.

**AUTORIZACIÓN**

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, u otra persona que atendió o examinó a:

\_\_\_\_\_  
**(Escriba el nombre de la víctima)**

u otra persona que prestó servicios, cualquier empleador de la víctima, cualquier policía o autoridad municipal o agencia, o autoridad pública, cualquier compañía de seguros u organización con conocimiento del caso, para que entregue al Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery o sus representantes información completa con respecto al incidente que dió origen a la pérdida y/o daño personal de la víctima, así como de este reclamo que se hace por beneficios. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

